

## Solicitud Application

WASHCAP es un programa de asistencia alimentaria para personas que:

- Reciben un Ingreso de Seguridad Suplementario (por sus siglas en inglés, "SSI").
- Cumplen con la Definición de Seguridad Social de una forma de vida "A"
- Tienen dieciocho años de edad o más.
- No reciben ingreso alguno.
- Tienen una forma de vida que cumple con todas las condiciones enlistadas a continuación:
  - No vivir en una institución;
  - Vivir solos, o vivir con otras personas que compran y cocinan sus alimentos por separado;
  - No estar casado(a) o casado(a) sin vivir con su cónyuge.
- Si tiene entre 18 y 21 años de edad, y cumple con las siguientes condiciones:
  - No vivir con su(s) padre (s), que recibe(n) Alimentos Básicos; o
  - Vivir con su(s) padre (s), que no recibe(n) Alimentos Básicos y comprar los alimentos por separado.
- No vivir con sus hijos menores de 22 años.

Este programa es el programa de asistencia alimentaria para la mayoría de las personas que cumplan estas condiciones. Para obtener más información sobre este programa consulte el capítulo 388-492 WAC que incluye desde el WAC 388-492-0020 hasta el 388-492-0120.

**Si usted tiene preguntas sobre WASHCAP, llame sin costo al 1 (877) 380-5784.**

Declaro que:

- Vivo solo, o regularmente compro y preparo mi comida por separado de las otras personas que viven en mi hogar.  
Pago \$ \_\_\_\_\_ de alquiler/hipoteca cada mes.  
MI PARTE

Al firmar a continuación, declaro que:

- Me han hablado acerca de WASHCAP.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades WASHCAP.
- Entiendo que recibiré mis beneficios de alimentación a través WASHCAP.

**Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de Washington que la información que declaré en esta solicitud es verdadera y correcta.**

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO (XXX) XXX-XXXX
	NÚMERO TELEFÓNICO PARA MENSAJES (XXX) XXX-XXXX
DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE	FIRMA Y FECHA

